flash GRIPPE

volume 2 / numéro 7

Le mardi 10 avril 2012

LE PIC D'ACTIVITÉ GRIPPALE EST PASSÉ AU QUÉBEC, L'OFFRE SYSTÉMATIQUE DE VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA EST CESSÉE

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

L'indice d'activité grippale est élevé, avec une tendance à la baisse pour la semaine se terminant le 31 mars 2012 (CDC 13). Les laboratoires sentinelles ont détecté 316 cas d'influenza (18 %), dont 135 cas de type A et 181 cas de type B. Une éclosion d'influenza A et deux éclosions d'influenza B en CHSLD ont été rapportées dans la région de Montréal.

Étant donné que le pic d'activité grippale est passé, il n'est plus recommandé d'offrir systématiquement la vaccination antigrippale aux personnes faisant partie des groupes à risque ou qui sont en contact avec une personne à risque (proches, travailleurs de la santé). Toutefois, des situations épidémiologiques particulières, telles qu'une éclosion dans un établissement de soins, peuvent rendre nécessaire la vaccination de groupes ciblés.

CANADA

Pour la semaine se terminant le 24 mars 2012 (CDC 12), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) rapporte une activité grippale à la hausse et une proportion de tests positifs pour l'influenza de 24 %. L'influenza A représente 39 % des tests positifs et le sous-type H3N2, 57 % des souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé. Actuellement, toutes les souches d'influenza en circulation sont analogues aux composantes vaccinales, à l'exception de l'une des deux souches d'influenza B, B/Wisconsin/01/2010, qui n'est pas incluse dans le vaccin. Globalement, les souches d'influenza sont résistantes à l'amantadine, mais sensibles à l'oseltamivir et au zanamivir.

INTERNATIONAL

Aux États-Unis, pour la semaine se terminant le 24 mars 2012 (CDC 12), l'activité grippale demeure relativement faible. La proportion des décès causés par une pneumonie ou par l'influenza (7,8 %) et la proportion des consultations pour un syndrome d'allure grippale (SAG) (2,0 %) sont en dessous de leur seuil épidémique respectif.

En Europe, l'activité grippale est à la baisse pour la semaine se terminant le 25 mars 2012. Parmi les patients qui se sont présentés avec un SAG ou une infection respiratoire aiguë, 41 % étaient positifs pour l'influenza; la souche prédominante est l'influenza A(H3N2).

En date du 30 mars, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que, malgré qu'elle soit tardive, l'activité grippale atteint un pic ou est à la baisse dans la plupart des pays de l'hémisphère Nord. La souche d'influenza A(H3N2) est prédominante dans l'hémisphère Nord; toutefois, la circulation de l'influenza B est à la hausse.

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des éclosions dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), la surveillance des SAG (appels à Info-Santé 8-1-1 et consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les régions nordiques), la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza chez les adultes dans les centres hospitaliers du Québec.

Québec

ACTIVITÉ GRIPPALE AU QUÉBEC

Surveillance virologique

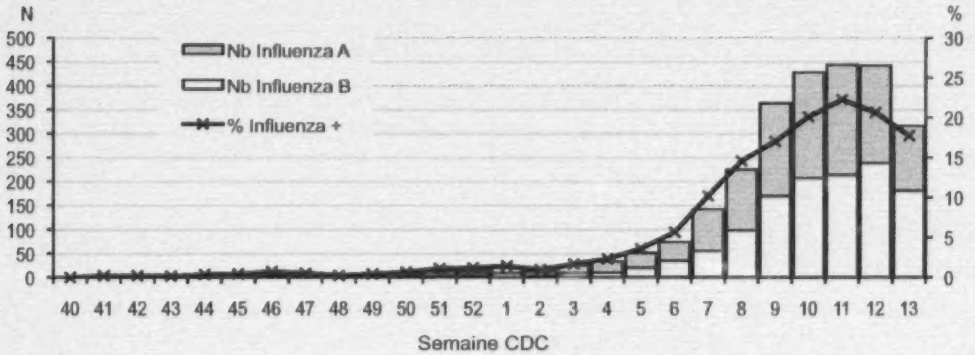
Pendant la semaine se terminant le 31 mars 2012 (CDC 13), les laboratoires sentinelles du Québec ont effectué 1 782 tests pour détecter la présence du virus de la grippe. De ceux-ci, 316 spécimens (18 %) se sont avérés positifs : 135 pour l'influenza A et 181 pour l'influenza B.

Depuis la semaine se terminant le 3 septembre 2011 (CDC 35), 2 634 cas d'influenza ont été identifiés (1 367 de type A et 1 267 de type B). En excluant le cas dont l'âge est inconnu, la distribution par groupe d'âge est la suivante : 98 (4 %) dans le groupe d'âge des 0 à 5 mois, 229 (9 %) dans celui des 6 à 23 mois, 282 (11 %) dans celui des 2 à 4 ans, 428 (16 %) dans celui des 5 à 19 ans, 1 022 (39 %) dans celui des personnes ayant entre 20 et 59 ans, et 574 (22 %) dans celui des adultes de 60 ans ou plus.

Parmi les 1 367 cas d'influenza A, le sous-type de 129 souches a été déterminé : 87 (67 %) sont de sous-type A(H1N1)pdm09, alors que 42 (33 %) sont de sous-type A (H3N2).

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs d'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2011-2012



Source : LSPQ, INSPQ, 3 avril 2012.

Par ailleurs, d'autres virus respiratoires circulent au Québec. Pour la semaine se terminant le 31 mars (CDC 13), les laboratoires sentinelles ont rapporté 49 tests positifs (4,9 %) pour le virus respiratoire syncytial, 5 tests positifs (0,8 %) pour le virus parainfluenza, 17 tests positifs (2,5 %) pour l'adénovirus, 6 tests positifs (2,2 %) pour le coronavirus et 39 cas (8,6 %) de métapneumovirus humain.

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) gère un programme de surveillance de l'influenza et des autres virus des voies respiratoires. Les données sont régulièrement mises à jour sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à l'adresse suivante :
www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance/.

Le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait la mise à jour hebdomadaire des données de surveillance de l'influenza, qui peuvent être consultées à l'adresse suivante :
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?indicateurs.

Caractérisation antigénique et résistance aux antiviraux

Entre le 1er septembre 2011 et le 28 mars 2012, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) a caractérisé 745 virus de l'influenza : 152 souches sont analogues à A/Perth/16/2009 (A/H3N2) ; 126 souches sont analogues à A/California/07/2009 (A/H1N1)pdm09) ; 467 souches sont de type B, dont 255 sont analogues à B/Brisbane/60/2008 et 212, à B/Wisconsin/01/2010. Toutes ces souches, à l'exception de B/Wisconsin/01/2010, sont comprises dans le vaccin contre la grippe offert pour la saison 2011-2012. Au Québec, 99 (92 %) des 108 souches d'influenza B, caractérisées depuis le début de la saison, sont analogues à B/Brisbane/60/2008.

Les analyses de sensibilité aux antiviraux effectuées au LNM sont présentées dans le tableau qui suit.

TABLEAU 1

Résultats des analyses de sensibilité aux antiviraux effectuées au LNM depuis le 1er septembre 2011

	AMANTADINE			OSELTAMIVIR / ZANAMIVIR		
	Souches analysées	Souches résistantes		Souches analysées	Souches résistantes	
	(*n*)	(*n*)	(%)	(*n*)	(*n*)	(%)
Influenza A(H3N2)	217	216	100	146	0	0
Influenza A(H1N1)pdm09	164	164	100	130	0	0
Influenza B	s.o.	s.o.	s.o.	380	0	0

Source : LNM, 29 mars 2012.

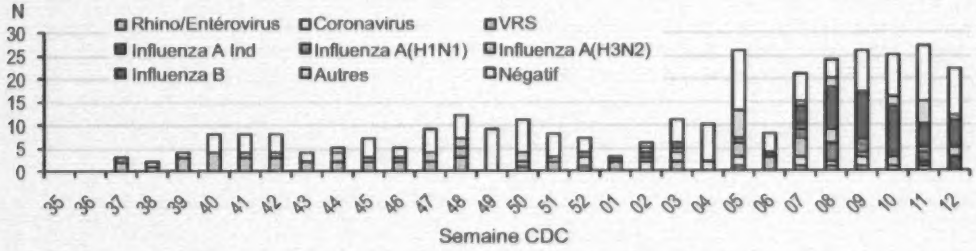
Surveillance de la morbidité ambulatoire

Le pourcentage des appels à Info-Santé 8-1-1 pour un SAG est à la baisse au Québec. Il se situe à 0,7 % pour la semaine se terminant le 31 mars (CDC 13) et correspond aux valeurs attendues pour cette période de l'année (0,6 – 0,8 %).

La surveillance des infections respiratoires et de l'influenza par les huit groupes de médecine de famille et les deux cliniques pédiatriques sentinelles est en cours. Du 28 août 2011 au 24 mars 2012, 319 prélèvements ont été effectués et un virus respiratoire a été identifié dans 180 (56 %) de ces prélèvements. Au cours de cette période, l'influenza a été le virus respiratoire le plus fréquemment isolé (*n* = 73 ; 41 %), suivi des rhino/entérovirus (*n* = 43 ; 24 %), des coronavirus (*n* = 17 ; 9 %), du virus respiratoire syncytial (*n* = 16 ; 9 %), des adénovirus (*n* = 14 ; 8 %), des métapneumovirus (*n* = 9 ; 5 %) et des virus parainfluenza (*n* = 8 ; 4 %). Depuis la semaine se terminant le 18 février (CDC 08), l'influenza représente entre 60 et 92 % des virus respiratoires isolés (voir le graphique 2).

GRAPHIQUE 2

Nombre de prélèvements, selon les types de virus identifiés et la semaine de déclaration, Québec, saison 2011-2012



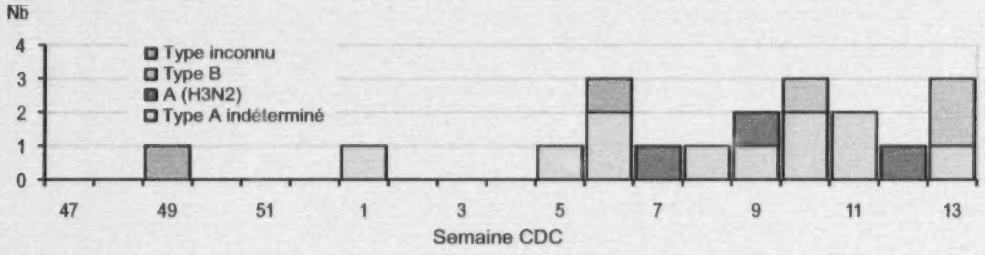
Note : La catégorie « Autres » inclut les virus parainfluenza, les adénovirus et les métapneumovirus.
Source : INSPQ, 30 mars 2012.

Surveillance des éclosions dans les CHSLD

Au cours de la semaine se terminant le 31 mars (CDC 13), trois éclosions d'influenza (une de type A et 2 de type B) survenues en CHSLD, dans la région de Montréal, ont été rapportées. Depuis le début de la saison, 19 éclosions d'influenza survenues en CHSLD ont été rapportées (14 de type A, 3 de type B et 2 de type inconnu). Les trois éclosions d'influenza A dont le sous-type est connu sont de sous-type A (H3N2).

GRAPHIQUE 3

Nombre d'éclosions d'influenza dans les CHSLD, selon le type et la semaine de déclaration, Québec, saison 2011-2012



Source : Registre Éclosions, 4 avril 2012.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA ET DANS LE MONDE

Au Canada

Pour la semaine se terminant le 24 mars 2011 (CDC 12), l'ASPC rapporte une activité grippale à la hausse. On signale une activité étendue (éclosions dans plus de 50 % de la région de surveillance) à Terre-Neuve-et-Labrador, tandis qu'une activité localisée ou sporadique est rapportée dans les autres provinces ou territoires du Canada, à l'exception du Nunavut (aucune activité signalée). Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza se situe à 24 % (n = 1 309). Des 1 309 tests positifs, 516 le sont pour le virus de l'influenza A (131 de sous-type A/H3, 98 de sous-type A(H1N1)pdm09 et 287 dont le sous-type n'a pas été déterminé) et 793 le sont pour le virus de type B.

On a signalé 29 éclosions d'influenza dans des établissements de soins de longue durée au cours de la semaine se terminant le 24 mars 2012 (CDC 12).

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web de l'ASPC :
http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php.

Aux États-Unis

Au cours de la semaine se terminant le 24 mars 2012 (CDC 12), l'activité grippale demeure relativement faible aux États-Unis. Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza est de 20 % (n = 908). Parmi les 908 tests, 809 souches d'influenza A (89 %) et 99 souches d'influenza B (11 %) ont été identifiées. Parmi les 513 souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé, 378 sont de sous-type A/H3 et 135, de sous-type A(H1N1)pdm09. Toutes les souches d'influenza A caractérisées sont analogues aux souches incluses dans la composition vaccinale. Pour l'influenza B, les souches caractérisées sont analogues à la composante vaccinale B/Brisbane/60/2008 ou incluses dans la lignée B/Yamagata, laquelle n'est pas comprise dans le vaccin.

Depuis le début de la saison 2011-2012, 12 décès pédiatriques associés à l'influenza ont été signalés aux CDC. Au cours de la saison précédente, 122 décès avaient été rapportés.

Pour plus de renseignements sur la surveillance de l'influenza aux États-Unis, visitez le site suivant : www.cdc.gov/flu/weekly/.

En Europe

Au cours de la semaine se terminant le 25 mars 2012, l'activité grippale est à la baisse dans la plupart des pays d'Europe. Parmi les patients ayant présenté un SAG ou une infection respiratoire aiguë, le pourcentage des tests positifs pour l'influenza se situe à 41 % ($n = 511$). Depuis la semaine débutant le 3 octobre 2011, 9 763 souches d'influenza ont été détectées : 8 787 (90 %) sont de type A et 978 (10 %) sont de type B. Parmi les souches d'influenza A dont le sous-type a été déterminé, 98 % sont de sous-type A/H3 et 2 %, de sous-type A(H1N1)pdm09.

Pour plus de renseignements sur la surveillance de l'influenza en Europe, visitez le site http://www.euroflu.org/index.php.

Selon les autorités internationales

En date du 30 mars 2012, l'OMS rapporte que, dans la plupart des pays de l'hémisphère Nord, le pic d'activité grippale a été atteint ou que cette activité est à la baisse. La souche d'influenza A(H3N2) est prédominante dans l'hémisphère Nord ; cependant, la circulation de l'influenza B est à la hausse. Au Mexique, la souche d'influenza A(H1N1)pdm09 est prédominante, alors qu'en Chine et dans les pays limitrophes, le virus de l'influenza B est détecté plus fréquemment.

Aucun changement significatif quant à la résistance aux antiviraux n'a été rapporté jusqu'à maintenant.

Pour plus de renseignements sur la surveillance internationale, visitez le site suivant :
www.who.int/csr/disease/influenza/u/en/index.html.

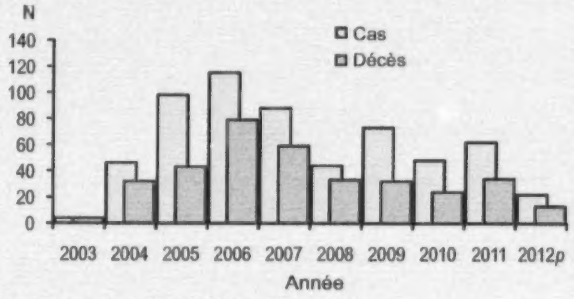
Influenza A(H5N1) chez l'humain

En date du 2 avril 2012, 22 cas humains d'influenza A(H5N1), dont 13 décès, ont été rapportés à l'OMS au cours de l'année (voir le graphique 4). Ces cas proviennent du Bangladesh (3 cas), du Cambodge (1 cas, 1 décès), de la Chine (1 cas, 1 décès), de l'Égypte (8 cas, dont 4 décès), de l'Indonésie (5 cas, 5 décès) et du Vietnam (4 cas, dont 2 décès). Au cours de l'année 2011, 62 cas, dont 34 décès, avaient été signalés à l'OMS par les cinq pays suivants : le Bangladesh (5 cas), le Cambodge (8 cas, 8 décès), la Chine (1 cas, 1 décès), l'Égypte (39 cas, dont 15 décès) et l'Indonésie (12 cas, dont 10 décès).

L'OMS présente le tableau complet des cas humains survenus depuis 2003 à l'adresse suivante :
www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/.

GRAPHIQUE 4

Nombre de cas humains d'influenza A(H5N1) hautement pathogènes, et décès confirmés et rapportés annuellement à l'OMS depuis 2003



Note : Le *p* qui suit l'année 2012 signifie *partielle*.
Source : OMS, 2 avril 2012.

RECOMMANDATIONS

Vaccination

Recommandation concernant la vaccination

La campagne de vaccination contre la grippe est maintenant terminée au Québec. Étant donné que le pic d'activité grippale est passé, il n'est plus recommandé d'offrir systématiquement la vaccination antigrippale aux personnes faisant partie des groupes à risque ou qui sont en contact avec une personne à risque (proches, travailleurs de la santé). Toutefois, des situations épidémiologiques particulières, telles qu'une éclosion dans un établissement de soins, peuvent rendre nécessaire la vaccination de groupes ciblés. Les voyageurs non vaccinés contre la grippe saisonnière devraient s'informer auprès des cliniques de santé des voyageurs pour connaître les recommandations relatives à la situation épidémiologique de l'influenza dans leur pays de destination.

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière pour la prochaine saison (saison 2012-2013)

Le vaccin contre la grippe saisonnière qui sera offert en 2012-2013 dans l'hémisphère Nord contiendra les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1)pdm09, A/Victoria/361/2011 (H3N2) et B/Wisconsin/01/2010. La souche d'influenza A(H1N1) recommandée est analogue à la grippe A(H1N1) pandémique. Les souches A (H3N2) et B sont différentes de celles qui composent le vaccin de la présente saison (2011-2012).

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

La consommation d'antiviraux peut produire des effets indésirables sur la santé de certaines personnes. Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Ce programme est soutenu par les bureaux régionaux de Canada Vigilance, qui offrent un point de service pour les professionnels et les consommateurs. Les bureaux régionaux recueillent les déclarations et les transmettent ensuite au bureau national de Canada Vigilance pour une analyse plus approfondie. La déclaration peut se faire en ligne, par téléphone ou en soumettant, par télécopieur ou par la poste, le formulaire de déclaration de Canada Vigilance conçu à cette fin.

Pour plus de renseignements : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php.

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le palivizumab est habituellement recommandé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les bébés prématurés lorsque le virus respiratoire syncytial est identifié dans une proportion supérieure à 5 %. Étant donné que la proportion des tests positifs se situe à 4,9 % pour la semaine se terminant le 31 mars et que la circulation du VRS est à la baisse depuis le début du mois de janvier, il ne serait plus recommandé d'offrir la prophylaxie avec le palivizumab pour la prévention de la bronchiolite.

Toutefois, étant donné les disparités régionales, où les proportions varient entre 0 % et 40 %, il est conseillé de consulter les données hebdomadaires disponibles sur le site Web suivant : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/surveillance/.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé donnés aux voyageurs par l'ASPC se trouvent sur le site Web suivant :
www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/pub_f.html.

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/csr/disease/influenza/en/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/flu

Europe : www.euroflu.org

MSSS : www.infogrippe.gouv.qc.ca

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza

Surveillance de la grippe pandémique A(H1N1)

OMS : www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/h1n1flu/

Canada : www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/swine-porcine/surveillance-fra.php

Surveillance de l'influenza aviaire

OMS : www.who.int/csr/don/en

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

Personnes ayant contribué au présent numéro :

Josée Dubuque, Monique Landry, Nadine Sicard et les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : Monique Douville-Fradet, Julie Fortin, Christine Lacroix, Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/influenza.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement.

Prochaine parution : le 27 avril 2012

Le bulletin *Flash grippe* est une production du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza, les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

© Gouvernement du Québec, 2012
ISSN 1927-7253

Santé et Services sociaux Québec